SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 17 y 19 minutos.)

-Damos la bienvenida a los representantes de la Federación Médica del Interior, doctor Carlos Cardoso y doctora Graciela Scuadroni, Presidente y Vocal, respectivamente.

Actualmente la Comisión se encuentra estudiando el proyecto de ley denominado «Sistema Nacional de Residencias Médicas», que tiene algunas miradas antagónicas y diferentes. Por tal motivo, nos interesa mucho escuchar la opinión de una entidad tan representativa como la Federación Médica del Interior.

SEÑOR CARDOSO.- Muchas gracias a la Comisión por recibirnos.

Solicitamos ser recibidos, justamente, porque creemos que tenemos algunos elementos para aportar en esta instancia y, además, porque el tema en consideración es particularmente importante y caro para el interior del país. Asimismo, es un asunto por el que hace mucho tiempo se está trabajando en múltiples aspectos, de los cuales voy a dejar algunos documentos.

Como los señores Senadores sabrán, la Federación Médica del Interior es una organización gremial de segundo grado que, dada la historia en nuestro país, en estos últimos 48 años ha tenido una asociación estratégica con las instituciones asistenciales del interior que conforman una red asistencial. La aprobación de distintas leyes que se han ido aplicando han separado a los gremios de las instituciones, primero como cooperativas y posteriormente como IAMPP. Esta organización no cumple funciones asistenciales sino de representación, negociación, etcétera, frente a los poderes públicos. Es decir que actualmente continúa con esta asociación estratégica por decisión propia de sus instituciones.

Lo primero que queremos decir con respecto a este tema es que existen múltiples trabajos -algunos realizados en los últimos años y, otros, muy recientes- con relación a la carencia de especialidades médicas en el interior del país, así como a la que se da en otros sectores de la salud con ayudantes del médico, tales como tecnólogos y licenciados. Ahora bien, como se está considerando un proyecto de ley sobre residencias médicas, vamos a referirnos específicamente a ese punto.

Quiero entregar al Presidente de la Comisión una serie de documentos encuadernados, entre los que se encuentra, en primera instancia, un documento realizado por la Federación Médica del Interior en el año 2008, en el que se hace una estimación de necesidades de especialistas médicos en el sistema FEMI. Ya en ese año, cuando recién comenzaba a funcionar el sistema de salud como figura en la ley y con sus nuevos lineamientos, se veían las dificultades que generaba el déficit en distintas especialidades. Reitero que ese es el primer trabajo que figura en la documentación. A propósito de este, en diciembre de 2010 el profesor Ginés -que en ese momento era el Director de la Escuela de Graduados- emitió un documento muy corto sobre la necesidad de especialistas que tiene como base, entre otros documentos, el de FEMI. Se denominaba: «Criterios para estudiar el estado de situación y el proyecto prospectivo en recursos humanos en salud a corto, mediano y largo plazo. Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, 2010». Uno de los aspectos importantes de este trabajo es que ya muestra la existencia de una cantidad de especialidades con una producción decreciente, esto es, que en ese momento, no se cubría ni sustituía la cantidad de especialistas que se retiraban o fallecían. En ese sentido, hay una tabla que está muy clara.

Posteriormente, el último trabajo que la Federación Médica del Interior realizó -en mayo de este año- es sobre la necesidad de especialistas médicos en el sistema FEMI. La metodología especificada en el mismo establece una serie de elementos que lo determinan, y de él surge la

existencia de un déficit de especialistas, fundamentalmente, en su radicación. Son tres las especialidades en las que claramente se nota dicho déficit: oftalmología, pediatría y anestesiología. Más adelante ampliaremos sobre el tema.

Asimismo, en el trabajo que entregamos a los señores Senadores hay una tabla en orden decreciente de las necesidades de especialistas relacionada con la capacidad de producción que el país tiene.

En primera instancia, adelanto que respaldamos este proyecto de ley en un sentido general, es decir, en cuanto al objetivo que busca y en función de que existen antecedentes de leyes en lo que tiene que ver con las residencias médicas. Creemos que es importante que se siga determinando esto de la forma en que se está haciendo.

Otro de los documentos que figura en el trabajo que entregamos a la Comisión está relacionado con la radicación, fundamentalmente, de médicos en el interior. Se trata de un trabajo muy explicativo realizado por integrantes de la Facultad de Medicina, encabezado por el sociólogo Levin, que tuvo una financiación de la Agencia Nacional de Innovación. Es un documento un poco largo de prácticamente doscientas carillas, que contiene una presentación de *PowerPoint* que resume los conceptos allí vertidos, y hace referencia a una investigación cualitativa sobre los obstáculos y los factores facilitadores socioculturales para la radicación de los profesionales médicos en el interior del país.

En ese sentido, cabe destacar un aspecto que consideramos muy importante: la Federación Médica del Interior, en conjunto con todo su sistema, ha establecido, básicamente, tres estrategias para la radicación de médicos en el interior. La primera de ellas tiene que ver con trabajos estables, bien remunerados y desarrollados en buenos ambientes laborales, algo que, si bien parece elemental, se transformó en uno de los pilares fundamentales; la segunda está relacionada con la seguridad social ampliada a través de una caja de auxilio que poseen los médicos del interior para ellos mismos y su familia, y la tercera consiste en un convenio colectivo que las IAMPP del interior firmaron con los gremios médicos locales a través del cual, en determinadas condiciones y circunstancias, los médicos pasan a integrar las asambleas institucionales en un porcentaje superior al 50 %.

Esos son los tres estímulos que la Federación Médica del Interior ha utilizado en los últimos años. ¿Qué resultado hemos obtenido? En los años 2001 y 2002 había alrededor de 2.100 médicos de distintas especialidades radicados en el interior del país y en el año 2014 hay 3.200 médicos, habiéndose retirado en forma promedial entre 90 y 100 por año. Es decir que en estos últimos once o doce años se ha conseguido, aproximadamente, la radicación de 2.000 médicos nuevos en el interior del país, de todas las especialidades. Nosotros nos imaginábamos que iba a haber una radicación algo mayor a ésta en la medida en que -los señores Senadores lo podrán apreciar en el tercer trabajo que les presentamos- hoy estimamos que hay un déficit de unos 450 médicos en las distintas especialidades.

Ese trabajo de Levin nos vino muy bien para analizar la parte cualitativa -la cuantitativa es más fácil de determinar- y ver cuáles son aquellos elementos que intervienen en la decisión. Así fue que, en esa decisión de radicarse en el interior -sobre todo si no se es de allí- nos encontramos con que hay cuestiones que tienen que ver con el desapego, pero lo fundamental se relaciona con la red académica, con el hecho de alejarse de la academia. Estamos hablando de algo que cambia tanto como la práctica de la medicina y por ello se hace difícil no contar con las posibilidades de consulta o con la academia cerca. Esos aspectos están identificados en este trabajo.

Hay otro material que queremos dejar a los señores Senadores y tiene que ver con un trabajo que realizó la Cátedra de Anestesiología, a través de la economista Fiorella Cavallieri. Ella determinó, por medio de un método científico, cuáles serían las necesidades de la anestesiología si las habilidades de los anestesistas quedaran -por decirlo de alguna manera- estancadas. Obviamente, cada vez hay más actividad en cualquiera de las ramas de la medicina. De cualquier manera, esto sirve para realizar un corte y establecer las necesidades existentes; inclusive, hasta el año 2015, la producción de la Facultad de Medicina, a pesar de que generó otra Cátedra y demás, no llega a los niveles mínimos. Ello queda establecido en este informe que nos resultó muy interesante.

Asimismo, existe un informe de la Comisión de Recursos Humanos que organizó el Ministerio de Salud Pública y también está adosado a la carpeta que vamos a dejar.

Queríamos expresar todo esto a los señores Senadores miembros de la Comisión, así como afirmar que la Federación ve con buenos ojos este proyecto de ley. En términos generales, FEMI lo respalda y creemos que tiene algunos aspectos que están explicados por los propios trabajos que los justifican.

En la iniciativa hay una cuestión elemental y es que se quita el límite de los tres años - después de haberse recibido- para ingresar a carreras necesarias para la residencia. Ese aspecto nos resulta muy importante, tal vez no para la primera especialidad, pero eventualmente para la segunda o cuando las personas se van a vivir al medio rural y después desean hacer una especialidad que requiere residencia. Hasta el momento no lo pueden hacer porque existe un límite de tres años, pero este proyecto de ley quita esa traba.

Hay un segundo aspecto por el que, desde nuestro punto de vista, se genera una ponderación distinta en lo que tiene que ver con la cantidad de cargos de residentes, en la medida en que el Ministerio de Salud Pública pasa a participar directamente en un nuevo equilibrio con la academia, en cuanto a la cantidad de especialistas. Esto genera un detalle para nada menor, en lo que a nosotros respecta, que es la rotación por el interior de dichos especialistas, siempre y cuando las instituciones se hubieran acreditado como centro docente asociado. Así surge la posibilidad de hacer la red académica en el interior, lo que estimamos es muy importante para el objetivo que buscamos.

Queremos decir que la Federación Médica del Interior tiene una red de telecomunicaciones, por la cual actualmente se dictan dos postgrados: el de Medicina Familiar y Comunitaria, donde la parte teórica se dicta a distancia por la Cátedra de Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, y el que dicta -en la parte académica propiamente dicha- el Instituto Universitario Claeh, de Gestión de Recursos Humanos. Todo eso representa un esbozo para poder desarrollar una red académica que cobije mejor a los médicos, tal como ellos mismos creen según los informes.

A grandes rasgos y más allá de algunas discusiones que hay sobre este tema -obviamente hemos leído los documentos que dejamos en poder de la Comisión-, pensamos que los aspectos mencionados serían los de importancia como para dar un respaldo general de esta organización al proyecto de ley.

SEÑORA SCUADRONI.- Hemos analizado los conceptos que se manejan y por supuesto estamos de acuerdo con los mismos. La institución a la que pertenezco en este momento justamente está recibiendo residentes y me parece importante resaltar que el beneficio es para el residente, para el médico que va a ir al interior, pero también lo es para la institución, ya que se favorece el nivel académico al tener esa instancia de contar con residentes y un compromiso mayor con la parte docente. Creo que también hay que considerar ese aspecto, que va a redundar en un beneficio a los usuarios, porque mejora la calidad técnica. Si bien es cierto que estas actividades se hacen habitualmente en las instituciones, las mismas tienen una rigurosidad mucho mayor cuando hay residentes.

SEÑOR GALLO.- Creo que ha sido muy interesante e informativa la presentación que ha hecho FEMI, dando su visión sobre este anteproyecto que, por iniciativa del Poder Ejecutivo, está a consideración de esta Comisión. Sin ninguna duda, se han aportado elementos objetivos que, de alguna manera, ratifican la necesidad de que este proyecto sea concretado. Esta modificación de la ley de residencias mediante este nuevo proyecto de ley se hizo en función de que, sin duda, hay dos aspectos que de alguna manera están frenando el avance de la reforma y ellos son, por un lado, el relativo a los recursos humanos y, por otro, el referente a lo financiero. En la medida que estos aspectos no vayan avanzando en forma progresiva, el sistema al que queremos llegar va a tener dificultades. Uno de los problemas existentes es, justamente, como decía, el tema de los recursos humanos, fundamentalmente en el interior del país. En ese sentido, toda la información que los invitados nos hacen llegar avala en forma objetiva y cuantitativa el déficit que el sistema está teniendo en esa materia.

Por tanto, esto justifica la necesidad de implementar o readecuar un sistema que haga que el número de recursos humanos en esas especialidades vaya avanzando a los efectos de cubrir las necesidades, para que el sistema que como objetivo tiene brindar una mayor accesibilidad y universalidad de asistencia para todos los usuarios del país -necesariamente tenemos que lograr la formación de nuevos especialistas- se vaya plasmando. Es por eso que me pareció que la presentación fue realmente muy adecuada y, desde mi punto de vista, justifica el porqué de la necesidad de este proyecto de ley.

También nos pareció muy interesante la acotación final que hizo la doctora Scuadroni porque, sin ninguna duda, la Federación Médica del Interior ha actuado, desde hace mucho tiempo, creando instrumentos para resolver los problemas, a pesar de las dificultades que ha tenido. Lo que se dijo acerca de la necesidad de que la Academia llegue a los lugares del interior, que se descentralice, ha sido una de las dificultades que han tenido algunos médicos, algunos especialistas. Me refiero a quienes en algún momento podían haber planteado la necesidad de establecerse en el interior y que de hecho no lo hicieron porque esa desvinculación con la Academia, para muchos médicos, -diría que para casi todos- es traumática. Ustedes nos decían que ese avance de dos mil médicos residentes especialistas, de hace diez años, ahora se ubica en más tres mil. Pero si bien hay un avance significativo, no es suficiente y, sin ninguna duda, eso debe estar vinculado al hecho de que médicos que en principio se podían plantear su incorporación al interior, al estar lejos la Academia, en definitiva no concretaban esa radicación.

Este proyecto de ley, al brindar la posibilidad de que se incorporen unidades docentes asistenciales en las que la Academia es fundamental para la formación -además va a estar en los lugares donde se están formando los especialistas-, creo que viene a solucionar uno de esos aspectos, que era lo que determinados médicos temían. Además, supone mejorar la calidad asistencial de las instituciones, un segundo aspecto no menor. Por un lado, se tienen los recursos humanos suficientes pero, por otro, estos deben aportar calidad asistencial, que va a estar ligada a este sistema de residencias en el que una de las patas, que es la Facultad de Medicina y Posgrado es fundamental porque, en definitiva, es la que va a establecer los parámetros y las normas de formación del profesional.

Repito: me parece que los aportes que ustedes hicieron desde su sector, FEMI, han sido insumos muy importantes y, desde mi punto de vista, están avalando el hecho de que este anteproyecto de ley que estamos considerando realmente vaya en buena dirección y, en definitiva, será un insumo que vamos a tener en cuenta.

SEÑOR AGAZZI.- Es un gusto recibirlos y oír lo concreto y preciso de los argumentos y documentos que nos dejan. Así tenemos que legislar: teniendo en cuenta a los que están en el terreno manejando estos problemas, que son importantes para el país y también muy delicados.

Quisiera hacerles dos preguntas, siendo una de ellas de carácter general. En realidad, hasta que se apruebe esta iniciativa hay vigente una ley de residencias médicas. Entonces, con relación a las carencias que desde el punto de vista de FEMI tiene la formación de especialistas en el territorio, cabe señalar que en realidad la formación en el territorio no está establecida en ninguna de las dos leyes; me refiero a cómo se van a formar los médicos. Se trata de hacer residencia en los lugares que necesitan el trabajo profesional por estar muy lejos de los centros poblados y donde además es necesario brindar atención sanitaria. A mí, en particular, me satisface mucho la formación en asistencia. Ahora bien; ¿cuál es el motivo por el cual tenemos una fotografía de carencias a la hora de brindar asistencia por parte de residentes en el interior del país, cuando la ley vigente lo permitía? Si uno mira críticamente la realidad en la formación de los residentes que hay ahora, parecería que no hubiera una ley que haya sido efectiva. Esto me interesa porque a esta nueva norma le puede pasar lo mismo que le sucedió a la Ley Nº 18.438. Ninguna de las dos establece obligatoriedad de formación en Montevideo o en el interior, puesto que no se menciona el territorio o sectores sociales. Por tanto, todo queda librado a cómo se organice el ahora denominado Consejo Nacional Honorario de Residencias Médicas, que antes era la Comisión Técnica de Residencias Médicas. En síntesis, me gustaría saber cuál es el punto de vista de quienes nos visitan en cuanto a por qué esto no funcionó.

En segundo lugar, me llamó la atención el artículo 14 y quisiera saber si es común que en el régimen de trabajo para los residentes participen docentes de la Facultad de Medicina en materias básicas. Este artículo tiene una disposición especial por la que los exceptúa del régimen de acumulación horaria establecido en forma general en cuarenta y ocho horas semanales. El artículo 14 dice: «El régimen de trabajo para los Residentes se basará en las siguientes premisas: A) El cumplimiento de un horario de trabajo de cuarenta y ocho horas semanales.» Eso es genérico y universal, pero el literal A) continúa diciendo: «Quedarán fuera del Régimen de Acumulación aquellos Docentes de Facultad de Medicina que tengan cargos en Materias básicas.» Parecería que hay docentes que tienen cargos en materias básicas que son residentes. Entiendo que si se pone un artículo en una ley es porque hay una situación que lo necesita y, por lo tanto, me gustaría saber cuál es porque, en principio, eso no debería ser distinto para los diferentes médicos que participan en el postgrado porque se supone que lo obtuvieron en un sistema donde hay instituciones, docentes y responsables académicos. ¿Por qué se plantea una situación de excepción para un caso particular?

SEÑOR SOLARI.- Antes que nada, me sumo a lo ya manifestado por los dos señores Senadores preopinantes con respecto a lo positivo y beneficioso que este intercambio puede resultar para la Comisión, permitiendo el acceso y el estudio en profundidad de todo el material que nos aportaron. Por mi parte, me comprometo a analizarlo en profundidad y eso, sin duda, insumirá un cierto tiempo de lectura, estudio y maduración y, probablemente, también amerite una nueva entrevista porque los puntos a profundizar son muchos y muy relevantes.

Tengo algunas preguntas específicas con respecto a la presentación que, reitero, fue muy ilustrativa. La primera tiene que ver con el efecto benéfico de retirar el límite de tres años. Comprendo lo manifestado por la delegación de FEMI, en el sentido de que se remueve un obstáculo, pero también tengo dudas en cuanto a que eso sea conveniente sin mantener ningún límite. Planteo el caso de una persona que a los sesenta años -cuando todavía se es muy joven- decida cambiar la orientación de su carrera y empezar un postgrado. El inicio de un postgrado tiene un costo para la sociedad y el resultado de esa inversión no necesariamente puede ser congruente con la decisión de iniciarlo a esa edad.

Me gustaría escuchar una reflexión en ese sentido, aunque, reitero, la edad que manifesté tiene que ver con una etapa en que se tiene mucho futuro.

La segunda inquietud tiene que ver con el mayor peso que, de aprobarse este proyecto de ley, pasaría a tener el Ministerio de Salud Pública en la determinación de la cantidad y la combinación de distintas plazas de posgrado. Ello presupone una capacidad de planificación de recursos humanos por parte del Ministerio que no ha tenido históricamente. Lo digo asumiendo la responsabilidad que me corresponde, pero lo cierto es que el Ministerio ha tenido dificultades para planificar las necesidades de recursos humanos en salud para los servicios asistenciales, en parte, por limitaciones autoimpuestas, pero también porque, en los hechos, se choca con el concepto de autonomía universitaria que caracteriza al colectivo de los médicos del Uruguay. Muchos de los intentos de planificar recursos humanos se han enfrentado con ese obstáculo, pues la idea es que se quiere retacear o reducir la autonomía de la Universidad de la República para decidir qué recursos humanos necesita el país, cómo los forma, etcétera. En esta discusión siempre he tenido una posición muy firme en el sentido de que la autonomía universitaria no es para decidir cuántos recursos humanos se requieren en el país para brindar servicios de salud de calidad. O sea, la rectoría del Ministerio siempre fue muy clara y, por cierto, tuve grandes dificultades con algunos de los decanos de la Facultad de Medicina en ese sentido. Estoy hablando de fines de la década de los ochenta y principio de los noventa, de modo que esto no es nuevo, pero me gustaría saber cómo evalúa la FEMI la capacidad planificadora de recursos humanos que tiene hoy el Ministerio de Salud Pública desde el punto de vista técnico, no político.

La tercera pregunta tiene que ver con lo siguiente. Coincido con la observación del señor Senador Agazzi en el sentido de que la distribución territorial de los residentes no está restringida por la ley vigente, sino que, por el contrario, está incentivada, pues contiene un artículo con esa finalidad. Dicho de otro modo, qué nos hace pensar que la aprobación de este proyecto de ley va a cambiar una situación que ya existe desde el punto de vista normativo, situación que, en los hechos, no está limitada por la carencia de normas que lo habiliten o lo estimulen, sino que está vinculada, tal como fue manifestado en la exposición, si no entendí mal, por otros factores que tienen relación, no con el Poder Ejecutivo, con el Ministerio de Salud Pública, con los prestadores de los servicios de salud sino,

justamente, con la concentración del poder académico en la ciudad de Montevideo. Tengamos en cuenta que cuando hablamos de ciudades del interior estamos haciendo referencia a aquellas ciudades que están desde el departamento de Montevideo hacia afuera. A los efectos de este proyecto de ley Las Piedras y La Paz son ciudades del interior y no están lejos de Montevideo. Entonces, hasta qué punto es realista pensar que este proyecto de ley va a modificar esa situación propia de la Universidad de la República y propia también de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República, que a su vez tiene ciertos elementos que la justifican, en el sentido de que, en términos de territorio y de población, el Uruguay es muy peculiar y la mayoría de las especialidades médicas requieren una economía de escala -por llamarle de esta manera-, lo que hace que muchas actividades se concentren en el área metropolitana de Montevideo. Uno puede pensar en un centro de cirugía cardíaca en Salto, pero es difícil pensar en una cátedra de capacitación en cirugía cardíaca fuera de Montevideo, porque no contaría con la demanda suficiente como para justificar esa ubicación de recursos académicos muy escasos.

El cuarto punto se relaciona con la expresión «respaldar en términos generales». Nosotros somos especialistas en utilizar la expresión «en términos generales»; sin embargo, quiero hablar de los términos específicos. Muy bien, en términos generales la FEMI respalda este proyecto de ley, pero cuáles son aquellos aspectos específicos que les impide decir que lo respaldan en un cien por ciento. ¿Cuáles son las cosas en las que pueden tener algunos reparos? Lo pregunto, sin llegar a documentos extremadamente críticos como los del Sindicato Anestésico Quirúrgico que ha emitido hace poco un documento en el cuál se deslinda de las conclusiones de la 9ª Convención Médica Nacional, plantea una oposición frontal a este proyecto de ley y lo dice específicamente. Por tanto, dado que la posición que esta tarde ha planteado la FEMI es más ecuánime y constructiva, quisiera saber cuáles son los aspectos que le modificarían al proyecto de ley que, como dije, respaldan en términos generales. ¿Cuáles son las cosas que les impiden decir que respaldan este proyecto de ley en un cien por ciento?

El quinto punto está ligado al anterior. Me interesó mucho el comentario de que en mayo de 2014 una actualización de las necesidades no satisfechas de recursos humanos en las instituciones asistenciales de FEMI indicaron carencias en tres especialidades: oftalmología, pediatría y anestesiología. No creo que la radicación de pediatras en el interior cambie sustancialmente por el hecho de que haya más o menos residencias pediátricas fuera del departamento de Montevideo. Probablemente tenga una impresión equivocada, pero siendo una especialidad médica parecería no ser tan difícil radicar pediatras en número suficiente.

Con respecto a las especialidades de oftalmología y anestesiología ya entramos en el reino de los oligopolios académicos y me hago totalmente responsable de lo que digo. Es más, en el caso de anestesiología era un monopolio de una sola cátedra hasta hace muy poco tiempo y, entonces, lo que disponía el catedrático era lo que se iba a hacer en el país. Creo que en oftalmología pasaba algo similar; es más, no sé si aún hoy no sigue siendo una cátedra monopólica dentro de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Concretamente, pregunto si este proyecto de ley tal como está redactado va a ayudar a las instituciones de la FEMI a modificar esa carencia de recursos humanos específicos que tienen en oftalmología y anestesiología. En caso de que la respuesta sea positiva, pregunto cómo. Esas serían las cinco inquietudes que tenía.

SEÑOR CARDOSO.- Si les parece, voy a responder las interrogantes en orden.

El señor Senador Agazzi dijo que muchas de las cosas ya están previstas en la ley vigente y es cierto. Sin embargo, queremos decir que existe en la ley vigente una separación entre lo que es la Comisión Técnica de Residencias Médicas y la Escuela de Graduados. Uno puede eventualmente estar acreditado como unidad docente formadora y que los cargos no se pongan a consideración ni a concurso en la Comisión Técnica de Residencias Médicas porque no hay vínculo, porque no existe ningún mecanismo que los vincule. De alguna manera, eso cambia en este proyecto de ley. Se trata de una cuestión objetivable, aunque uno no puede garantizar resultados, pero sí puede mirar estructuras que, en definitiva, tengan más lógica en su armado. Luego en la propia normativa se establece, a texto expreso, un mecanismo de rotación de, como mínimo, seis meses, por el interior del

país; se habla de que sean preferentemente áreas rurales, pero en realidad puede ser en cualquier lugar. Esa obligatoriedad hará que las cátedras también se preocupen por conseguir centros docentes asociados para hacer esa rotación de residentes en el interior del país. Cabe señalar que estos dos elementos son objetivos, o sea, están descritos en el proyecto de ley.

Lo dicho va en respuesta a las preguntas formuladas por el señor Senador Agazzi.

A continuación nos referiremos a las inquietudes planteadas por el señor Senador Solari.

La primera interrogante tenía que ver con el límite de los tres años. Por nuestra parte, pensamos que se trata de un lapso muy breve y, en ese sentido, tal vez coincidamos con el señor Senador en cuanto a la posibilidad de establecer otro límite. Téngase en cuenta que los médicos que ejercen en el interior, en las IAMPP -un 73% de los cuales trabaja, además, en ASSE- tienen límites estatutarios para ejercer la medicina en las instituciones; en general, pueden hacerlo hasta los 65 o 66 años. Así está determinado en los estatutos. Razonablemente, nadie va a abocarse a una especialidad para ejercerla por menos de diez años. En el interior, esta profesión se ejerce durante 33 o 34 años; lo digo porque los especialistas se reciben alrededor de los 32 años de edad y se retiran entre los 65 y los 66. Tal vez lo correcto sería no poner límites. En todo caso, nos parece que tres años es muy poco. Tenemos que dar posibilidades al médico que vive en el área rural, en los primeros años de su carrera; si después desea hacer un posgrado y cambiar su situación laboral, o dedicarse a la parte de la medicina que más le interesó, puede hacerlo. En general, eso es una necesidad; son necesidades que surgen en los distintos lugares y que varían según los departamentos.

En definitiva, concordamos en lo que refiere a la posibilidad de que haya otros límites. Personalmente creo que debería fijarse, al menos, hasta el 50% del tiempo de trabajo útil; pienso que eso podría ser algo razonable.

La siguiente pregunta del señor Senador Solari tenía que ver con el aumento del peso del Ministerio de Salud Pública y si eso realmente logrará modificar, de alguna manera, el comportamiento universitario. Creo que ese fue el alcance de su planteo.

Por nuestra parte, siempre hemos creído que en el Uruguay existe una regulación muy importante en lo que refiere a la forma como se arman los servicios, la cantidad de recursos humanos, etcétera. Prácticamente todo está regulado por decreto o por normas del propio Ministerio de Salud Pública que, en general, no conocen o no han tenido en cuenta -porque no estaba dentro de sus objetivos o quizás porque, aun estándolo, era algo que no se podía cumplir- la realidad de producción. Hoy decimos que los servicios de tomografía, de resonancia y de radiología del interior del país deben tener -por decreto- determinada cantidad de tecnólogos, determinada cantidad de médicos, etcétera, cuando de pronto es algo que escapa a la realidad. En lo personal, creo que esa responsabilidad se trasladará también a las exigencias del Ministerio de Salud Pública en la medida en que haya un peso relativo más importante de esa Cartera en relación a todo esto.

Como los señores Senadores saben, la Federación Médica del Interior se ha presentado a las elecciones universitarias y tiene delegados en el Claustro y en el Consejo de la Facultad. Esta posición de que la autonomía tiene límites y está vinculada más exclusivamente a lo académico que a las decisiones que tienen que ver con la política general y con la llegada de los servicios a la gente, ha

sido trasmitida por la FEMI a sus delegados en los ambientes universitarios para los que fueron elegidos.

En definitiva creemos que, efectivamente, un mayor peso del Ministerio de Salud Pública va a reflejar un poco más la realidad, en el sentido de que va a equilibrar, de alguna forma, la Academia, con el peso político de quienes son los representantes.

SEÑOR SOLARI.- Aprecio la respuesta -incluso la comparto-, pero mi pregunta iba dirigida no solamente al vínculo político entre el Ministerio de Salud Pública y la Universidad de la República en cuanto a que esta última siempre reclama el ejercicio de su autonomía, sino también a la capacidad técnica del propio Ministerio en la planificación de recursos humanos. Todos los estudios que fueron nombrados -que seguramente serán distribuidos- son de la propia FEMI o de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, pero no veo estudios del Ministerio de Salud Pública que digan qué número de anestesistas cuenta o cuántos necesita.

En definitiva, mi pregunta hacía referencia a la capacidad técnica del propio Ministerio para planificar recursos humanos y hacerlo de forma adecuada.

SEÑOR CARDOSO.- El último trabajo presentado en la carpeta se refiere, justamente, a un informe emitido por la Comisión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública a propósito de la situación de emergencia -por todos conocida- de anestesiología. Dicho informe contó con la participación de muchas organizaciones que trabajan generando documentos muy buenos, evaluando las tecnicaturas -han propuesto soluciones para resolver, por ejemplo, la tecnicatura de radiología-, etcétera, pero debido al número de personas que lo hacen -quizá sea una opinión atrevida porque no soy responsable de esa Comisión-, es una producción de información bastante lenta.

En lo personal, creo que es un área donde el Ministerio de Salud Pública tiene mucho que rever en cuanto a sus reglamentaciones, a las obligaciones que genera y demás. Por lo tanto, estas comisiones le tendrán que generar a los responsables políticos la información necesaria para tomar las decisiones. Eso es lo que creemos que va a suceder con el correr del tiempo.

En cuanto a la pregunta formulada por el señor Senador Solari sobre la distribución territorial me parece que, de alguna forma, la primera respuesta de la desconexión de la Escuela de Graduados con la Comisión Técnica de Residencias Médicas -tal cual lo vemos nosotros-, genera un problema. Puede haber otros formadores de recursos humanos en especialidad que hoy funcionan -aprovecho para contestarle parte de la siguiente pregunta formulada por el señor Senador Solari con relación al tema de los respaldos-, que hoy están y que son útiles. Hay una evaluación del doctor Piriz que hace referencia a la formación de los directores técnicos de las instituciones de asistencia médica colectiva, donde advertimos que el Instituto Universitario Claeh es figura preponderante; más del 70% de los estudiantes formados en Gestión lo hicieron en ese lugar. De todos modos, cabe aclarar que la figura de alterno está considerada en esa comisión.

De cualquier manera, la distribución territorial -vuelvo al comienzo de la respuesta- tiene mucho que ver con la necesidad que tiene el interior del país de asociarse a las cátedras para que se genere la rotación y, a su vez, la necesidad de estas en cuanto a generar asociaciones y encontrar docentes en el interior del país, ya sean docentes de carrera o asociados, nueva definición que la Escuela de Graduados emitió, en la cual a las personas que pueden ejercer tutorías se les otorga el grado académico de Docente Asociado. De alguna forma, esto va a permitir que el interés no esté de un solo lado y que las cátedras también estén interesadas en tener centros en los cuales los residentes puedan rotar y haya tutores responsables para realizar la actividad.

Recordemos que la medicina está conformada por dos partes que van juntas pero que, en realidad, están separadas: una, es la parte académica, del conocimiento teórico y, la otra, la de la

artesanía, el aprender a trabajar, el aprender a hacer y esto se puede realizar en cualquier lado. En definitiva, creemos que esta ley de alguna forma va a permitir que la red FEMI se integre a la posibilidad de ayudar a la formación. Esto es lo que puedo decir en cuanto a la distribución territorial, por supuesto que desde nuestra visión.

SEÑOR SOLARI.- Había realizado una última pregunta muy específica. ¿Cómo piensa la delegación de FEMI que el proyecto de ley puede aportar soluciones en dos áreas muy críticas como la oftalmológica y la anestesiología?

SEÑOR CARDOSO.- En el cuadro del trabajo de mayo de 2014, que tengo delante de mí, se hace un relevamiento de las necesidades de especialistas y su radicación en los distintos lugares del interior, con las características epidemiológicas y de trabajo. Esto, además de la política sanitaria, genera una necesidad predeterminada. Allí se determina que en el interior del país existe un déficit de 34 oftalmólogos, que es mucho más pronunciado hacia la región este que hacia la norte -nosotros suponíamos lo contrario pero el estudio muestra esto-, de 31 anestesistas y de 31 pediatras. Luego, le siguen 28 en medicina familiar y comunitaria, 25 ginecólogos, 21 en imagenología, etcétera.

Creemos que si existiera el financiamiento correspondiente en relación a la cátedra o las cátedras de oftalmología o los formadores en oftalmología, la cantidad de residentes de oftalmología podrían llegar a aumentar si se crearan las unidades docentes o los centros docentes asociados, pero no es una solución rápida porque estamos hablando de formación humana y eso lleva años. Ahora, cuando de alguna manera se llegue a estos objetivos se van a ir subsanando estos déficits.

En cuanto a la anestesiología aquí figura un trabajo que dice que si la pericia hubiera quedado congelada en el año 2011, ya no habría déficit teórico de anestesistas a partir del año que viene. Sin embargo, la pericia no quedó congelada y la distribución no está en los porcentajes que desearíamos y sigue muy concentrada en Montevideo. Al respecto quiero señalar que en la Regional Norte se está trabajando con el profesor de una de las cátedras para generar una unidad docente en el norte del país con todas las instituciones públicas y privadas. En este sentido, ya se realizaron reuniones, está el financiamiento, etcétera.

Todo esto en el ámbito de la ley vigente. Ahora bien, creemos que la nueva ley genera interés en el interior del país pero también en la cátedra al tener un vínculo y docentes en esos lugares que no tienen por qué ser docentes con grado académico sino que pueden ser docentes asociados. Como la medicina tiene esa parte que decía de la artesanía, del saber trabajar, creemos que por ese lado vamos a generar vínculos permanentes. Esto, asociado al interés de los dos polos va a generar la solución, obviamente en el mediano plazo.

SEÑOR PRESIDENTE.- He escuchado con mucha atención las expresiones del doctor Cardoso; me pareció muy interesante y estimulante el hecho de que hoy haya más médicos que residen en el interior de la República. Se hablaba de que del año 2002 a la fecha, el número de médicos residentes pasó, prácticamente, de 2.000 a 3.000 y que los fundamentos de esa mayor radicación pasa mucho por lo retributivo, por la estabilidad de los empleos y por la seguridad social.

Como hombre del interior que soy, me gustaría saber si el panorama del interior marca diferencias entre los distintos departamentos y las distintas zonas. Me imagino que las retribuciones de todas las entidades que nuclea FEMI no serán iguales; seguramente, algunas serán más prósperas que otras. Conozco médicos residentes en el interior -concretamente, en el departamento de Colonia- que tienen muy buenos ingresos, principalmente si son especialistas.

Me gustaría saber cómo es la distribución, si es igualitaria o no y si hay regiones que tienen un mayor déficit en esa materia. El doctor Cardoso decía que se observa que departamentos con mayor desarrollo a veces tienen más especialistas radicados que aquellos con menor desarrollo, es decir que la radicación de los médicos no siempre se corresponde con el desarrollo humano y económico de los departamentos.

Quisiera tener un panorama más claro del tema: saber cuántos de esos 3.000 médicos son especialistas y cuántos no lo son, y si muchos de ellos han llegado por el sistema de residencia de la ley vigente o si, por el contrario, se formaron en Montevideo y luego llegaron a radicarse en el interior estimulados, más que nada, por el elemento retributivo, que a los efectos de la radicación es un acicate que hace que la gente se convenza que le conviene radicarse en el interior del país. Además, me gustaría saber si muchos de ellos son oriundos de esos lugares o si vienen desde la capital y se radican allí. Pregunto esto a efectos de tener una idea de la composición de los profesionales médicos que hoy residen en el interior.

SEÑOR CARDOSO.- Es muy interesante lo que plantea el señor Presidente.

Es bien conocido que al norte del Río Negro hay un porcentaje menor de médicos: el 7 % del total de médicos del país. Si observamos las regiones de FEMI o las de ASSE, la regional sur es la primera en densidad de población y la regional norte es la que le sigue. Sin embargo, en la regional norte vive solo un 7 % de los profesionales médicos del Uruguay. De las últimas cifras obtenidas surge que el 85 % de los médicos tiene alguna especialidad, de los cuales -está muy claro en el trabajo que presentamos- más del 70 % vive en Montevideo. Si bien hay concurrencia en el interior, ella es esporádica.

El origen de los estudiantes de medicina es del 56% en el interior y el resto en Montevideo. Sin embargo, de ese 56% menos del 40% vuelve al interior. Esa es la verdad. La medicina es una carrera muy larga que en su transcurso genera muchos lazos. Si bien, actualmente, bajó algún año, ser especialista lleva no menos de doce años desde el comienzo de la carrera hasta la especialidad; las personas se reciben, promedialmente, a los 32 años. Eso significa que cuando lo hacen ya tienen familia y generaron lazos en los lugares donde se encuentran. Si solo se puede hacer la carrera en Montevideo, va a seguir sucediendo eso. Esa es la realidad que hoy tenemos.

El estudio que realizamos sobre salud rural -si los señores Senadores desean les hacemos llegar una copia- muestra claramente que hay 520 localidades en el Uruguay, de las cuales 420 tienen menos de 1.500 habitantes. A su vez, la mitad de esas localidades tienen médico general residente. Además, hay aproximadamente 40 localidades que tienen entre 1.500 y 5.000 habitantes, otras 40 entre 5.000 y 20.000 habitantes y solo 20 localidades fuera de Montevideo con más de 20.000 habitantes.

Hay una estructura sanitaria armada, es decir, con un equipo de salud donde está el médico y algún otro equipo de salud o un equipo de salud sin médico en todas las localidades del interior, que hace que hayamos planteado en forma concreta un programa de salud rural para aquellas de menos de 1.500 habitantes, porque de esa forma hay 150.000 uruguayos y 100.000 más que están dispersos en la parte rural. Además, según la línea intercensal, esa cifra va bajando en un 30% de censo a censo, cada nueve o diez años. Esto se debe a que la seguridad social ha empujado a que se formen pequeños pueblos cada vez más, ya que los niños deben asistir a la escuela y, en general, hay servicios de OSE, de UTE, etcétera. Esto lleva a que existan pequeñas localidades, donde al igual que los servicios de agua y luz, también se genera el servicio médico como una necesidad. Obviamente, estos lugares están mucho más poblados por mujeres y niños, y en la parte dispersa de la campaña hay más hombres con un promedio de edades que ronda los cincuenta años. Al trabajar en el Programa Nacional de Salud Rural hemos podido extraer todos estos datos y creemos que esto nos permite tener conocimiento sobre la mencionada distribución. En general, más o menos el 70% de los médicos tiene especialidad y los que la tienen, como es obvio, viven más en las capitales departamentales. De todas formas, ello depende de la especialidad que se tenga, porque si hablamos, por ejemplo, de anestesiología, cada vez más se da una concentración, en forma lógica, de los bloques quirúrgicos en las capitales departamentales debido a cuestiones de seguridad, a que se necesita otra estructura, porque ya no se operan cosas simples, etcétera. Lo cierto es que, de acuerdo con los datos del Sinadi -Sistema Nacional de Información-, que maneja el Ministerio de Salud Pública, la producción asistencial del interior y la de Montevideo es prácticamente la misma, no existen diferencias. Cabe destacar que el Sinadi tiene información, fundamentalmente, del sector privado; del sector público no tenemos datos.

Básicamente, la distribución de los médicos se hace en forma bastante equilibrada, con esa diferencia al sur del Río Negro, fuera de Montevideo, pero sabiendo que el porcentaje no alcanza a más del 20% de los médicos que están en el área.

En cuanto a la proporción por cada especialidad, podemos decir que hay determinados indicadores internacionales, pero todo tiene que ver con el sistema que cada país tiene. En realidad, Uruguay siempre ha contado con un sistema de salud que ha generado necesidades y respuestas en la gente, lo que ha hecho que la demanda siempre fuera alta. Como esto existe, es posible exigirle cosas y necesitamos una distribución que, según creo, no podemos compararla, por ejemplo, con lo que sucede en Francia o en España; tenemos que encontrar nuestros propios indicadores que, a su vez, tienen que ver con las exigencias normativas y con las de la gente. De ahí surge una forma de necesidades -me refiero exclusivamente al ambiente académico- que, por supuesto, puede suceder que no sea algo muy comprendido, pero la responsabilidad de prestar esos servicios igual está, independientemente de que se comprenda o no. Espero haber contestado la inquietud del señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho su presencia porque nos han aportado muy buena información, aunque quedamos a la espera de los informes escritos, que supongo serán exhaustivos y completos. Me parece que ha sido un buen aporte para la Comisión.

(Se retiran de Sala los representantes de la Federación Médica del Interior - FEMI.)

- Corresponde hacer referencia a los asuntos entrados.

El primer asunto entrado es el que tiene relación con el pedido de audiencia de FEMI, lo cual se concretó en el día de hoy.

También ha llegado un oficio de Salud Pública en respuesta a una nota en la que se hacían algunas consultas con relación al proyecto de ley por el que se designa al Hospital de Río Branco con el nombre «Doctor Eduardo Guerra Méndez». ASSE responde que el Hospital de referencia no tiene nombre asignado y que, además, ninguna unidad ejecutora dependiente de ASSE lleva ese nombre.

Creo que podríamos aprobar el proyecto de ley relativo a dicha designación, ya que se trata de una iniciativa que ya cuenta con la media sanción de la Cámara de Representantes. De esa manera, en la próxima sesión del Plenario esto ya podría ser aprobado.

Léase el proyecto de ley.

(Se lee:)

«Artículo Único.- Desígnase con el nombre de 'Dr. Eduardo Guerra Méndez' al Hospital de la ciudad de Río Branco, departamento de Cerro Largo, dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado».

-En consideración.

SEÑOR SOLARI.- Yo quisiera tener más información del doctor Eduardo Guerra Martínez, porque no cuento con ningún repartido ni ninguna referencia sobre dicha persona.

SEÑOR PRESIDENTE.- Figura un informe que podemos repasar rápidamente en este momento.

(Se suspende momentáneamente la toma de la versión taquigráfica.)

-Si no se hace uso de la palabra, se va a votar el proyecto de ley.

(Se vota:)

-7 en 7. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Se designa al Senador Gallo como Miembro Informante de este proyecto de ley.

Continuamos con la consideración de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes:)

«Boletín del Colegio Médico del Uruguay. Ya fue repartido.

Oficio de la Junta Departamental de Cerro Largo con las palabras vertidas por el señor Edil Diego González, quien se hizo eco de una denuncia de un ciudadano de dicho departamento con relación a unas peripecias con su hermano, que padeció un estado crítico de salud.

Material remitido por el Consejo Consultivo de Enseñanza Terciaria Privada, al que se adjuntó el *mail* a través del cual lo enviaron. Dicho Consejo pide que se considere que este documento es interno, de insumo para proseguir el trabajo; no es norma ni documento final, ni tampoco público. Pueden asistir la semana que viene a la Comisión.»

SEÑOR SOLARI.- Señor Presidente: estuve mirando un poco por arriba este material que llegó del Área de Educación Superior del Ministerio de Educación y Cultura, donde ellos mismos se ofrecen a venir a la Comisión, y creo que sería muy buena cosa recibirlos, en primer lugar, porque tienen el material que adjuntan -el de trabajo, etcétera-, pero, además, porque revisando la página de Internet del Ministerio de Educación y Cultura tomé conocimiento de un Decreto del Poder Ejecutivo de fecha 28 de abril de este año, en que este órgano reglamenta o modifica el reglamento que regula el funcionamiento de las universidades privadas, los institutos universitarios y la educación terciaria, privada o pública, que no esté bajo el régimen de los Consejos Autónomos, o sea, el Consejo de Educación Primaria, Secundaria, etcétera. Se llama «De la enseñanza terciaria universitaria y no universitaria» privada y pública, regulada por los Consejos antedichos. Ese Decreto del Poder Ejecutivo del 28 de abril de este año tiene un relacionamiento bastante importante con la iniciativa de Residencias Médicas que estamos considerando, en particular los artículos 19 y 21. El artículo 19 indica cuál es el concepto del título profesional, indicando qué se entiende en la jerga jurídica uruguaya por título profesional; y el artículo 21 establece los niveles y los títulos profesionales universitarios, y dentro de ellos establece cuatro. En primer lugar está la licenciatura; luego, la especialización -como carrera de posgrado-; luego, las maestrías -que pueden ser de dos tipos- y, por último, los doctorados. Entonces, si la residencia médica, tal como está en el proyecto de ley, es una de las formas de adquirir una especialidad, hay que compatibilizarlo con esta disposición jurídica vigente. Entonces, me parece muy importante que la Comisión reciba al personal de esta dependencia del Ministerio de Educación y Cultura, tal como ellos mismos se ofrecen hacerlo, porque va a arrojar luz sobre algunos de los aspectos que, desde mi punto de vista, ameritan ser ajustados en el proyecto de ley de residencias médicas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tenemos previsto recibir a las autoridades del Ministerio de Salud Pública el día 15 de este mes. Quizás, para la próxima sesión de la Comisión, el martes de la semana que viene, podríamos recibir a esta delegación.

(Apoyados.)

-La Comisión también tiene en su Orden del Día un proyecto de ley por el que se regula el ejercicio de la profesión de Licenciado en Nutrición. Recuerdo que había una iniciativa presentada por los señores Senadores Gallo y Solari y que también teníamos un proyecto de ley que había venido aprobado por la Cámara de Representantes.

SEÑORA SECRETARIA.- En relación a este tema, el año pasado se recibió un anteproyecto de parte de los nutricionistas y en el Senado lo hicieron suyo los señores Senadores Gallo y Solari. El Sindicato Uruguayo de Nutrición presentó ese anteproyecto en ambas Cámaras y lo cierto es que la Cámara de Representantes lo trató más rápido, lo aprobó y lo envió al Senado. Nosotros ya teníamos el proyecto de ley presentado por los señores Senadores Gallo y Solari, por lo que también tenemos un comparativo pero como la iniciativa era prácticamente la misma que la aprobada en la Cámara de Representantes, en las primeras sesiones de marzo la Comisión decidió enviar el de esta Cámara al archivo. Por lo tanto, hoy tenemos el texto del proyecto de ley aprobado por la Cámara de Representantes.

SEÑOR AGAZZI.- Una vez clarificado el procedimiento y qué es lo que estamos tratando, voy a pedir que la división de estudios legislativos nos prepare un informe en relación a la regulación de las distintas profesiones universitarias. Hago este pedido porque se está volviendo moneda corriente que un grupo de ciudadanos venga y solicite que regulemos su actividad. Hay profesiones que no están reguladas por ley y la verdad es que no sé por qué habría que hacerlo en el caso de los licenciados en nutrición. En lo personal, no me alcanza la voluntad de estos licenciados nucleados en su gremial que consideran necesaria una ley. Por lo tanto, me gustaría saber qué otras profesiones universitarias están reguladas por ley y si es necesario en este caso.

Por mi parte, saqué los planes de estudio de la Escuela de Nutrición y tengo mi visión sobre los contenidos de este proyecto de ley porque entiendo que hay cosas que están duplicadas con otras profesiones y que hay una competencia de los estudios que se cursan de ingeniería de alimentos con lo que aquí se establece como cometido. De todos modos, esos son detalles que veremos más adelante pero, en primer lugar, quiero despejar mis dudas en cuanto a si se necesita una ley para esto.

SEÑOR PRESIDENTE.- En consecuencia, pediremos ese informe antes de comenzar a analizar este tema.

Para la próxima sesión citaríamos al Consejo Consultivo de Enseñanza Terciaria Privada, del Ministerio de Educación y Cultura.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 18 y 38 minutos.)